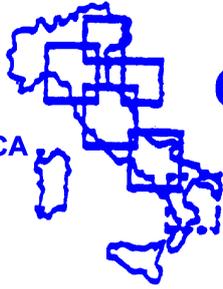


AUPI
CIMO
DIREL
DIRER
DIRP
DIRPUBBLICA
SAUR
SICUS
SIDAS
SINAFO
SNIAS



CONFEDIR

Roma, 3 novembre 2005

Il Segretario Generale

prot. 1244/05

On. Francesco Storace
Ministro della Salute
Lungotevere Ripa, 1
00153 – Roma

Oggetto: osservazioni preliminari allo schema di Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Gentile Signor Ministro,

la CONFEDIR ha preso parte, con le proprie delegazioni, agli incontri di consultazione in merito alla definizione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ed intende ora presentare una sintesi delle osservazioni già prodotte dalle nostre organizzazioni di categoria (CIMO, AUPI, SINAFO, SICUS e SIDAS) con precedenti documenti.

Nel ringraziare per la disponibilità dimostrata in tutti gli incontri e nell'esprimere, in via preliminare, l'apprezzamento per l'impianto generale di costituzione del Piano Sanitario Nazionale, intendiamo sottolineare, con la presente nota, gli aspetti ritenuti più qualificanti ed urgenti che meritano, nel Piano Sanitario Nazionale, un particolare approfondimento.

E' indubbio che gli argomenti affrontati siano tutti di grande spessore, atteso il notevole interesse e la peculiarità che il tema della salute assume in seno alla società civile. Nel nostro Paese, il percorso intrapreso, in ambito sanitario, della solidarietà con l'individuazione di livelli assistenziali ai quali ogni cittadino ha diritto, è un chiaro ed inequivocabile indice di grande maturità civile. Pertanto la conferma di tale indirizzo non può che essere salutata con grande soddisfazione, in *unicum* con i dichiarati intenti di potenziamento della prevenzione e radicamento dei LEA.

Di contro, si pone il problema di un'attenta riflessione sui modelli gestionali all'interno del SSN: è opinione di questa confederazione, infatti, che una eccessiva spinta all'aziendalizzazione del sistema sanità, non sempre si coniuga con le virtuose necessità di un'assistenza efficace e di un governo clinico che abbia come obiettivo la promozione della qualità delle prestazioni e dell'assistenza in generale.

Le stesse “sperimentazioni gestionali” hanno molto spesso determinato una stridente divaricazione tra quelli che dovevano essere le reali necessità e peculiarità assistenziali rispetto alle scelte effettivamente realizzate. Ci si riferisce, in particolare, al ricorso – troppo spesso ingiustificato sia in termini di spesa sia in termini di reali necessità - ad esternalizzazioni che non solo hanno mortificato le professionalità dirigenziali interne al sistema, ma hanno fatto venir meno anche i livelli di responsabilità con negative ricadute sui livelli di assistenza.

In quest’ottica, la CONFEDIR, nell’assoluta condivisione della necessità di promuovere la ricerca e lo sviluppo ed ammodernamento tecnologico del nostro sistema sanitario, auspica che il Piano esalti e potenzi il ruolo e le funzioni di tutto il personale sanitario. Potrà così determinarsi un sicuro beneficio, in termini di sicurezza e di assistenza, non solo per i pazienti, ma anche per gli operatori sempre più esposti, nella preparazione e/o somministrazione di trattamenti tecnologici e farmacologici in continua evoluzione, a pericoli e rischi di insalubrità.

Un ultimo accenno, prima di esporre una breve analisi sistematica, deve essere fatto al problema della ricerca clinica: questa ricerca, signor Ministro, si ritiene debba essere incentivata, potenziata e realizzata all’interno delle strutture ospedaliere e territoriali al fine di migliorare i percorsi clinici nelle strutture sanitarie del nostro Paese.

OSSERVAZIONI SPECIFICHE

1. Punto 2.2.: CONTESTO LEA

Intervenire sul contesto perché i livelli essenziali siano garantiti uniformemente ai cittadini, pur nel rispetto delle scelte organizzative locali.

Le differenze organizzative non possono, infatti, diventare lo strumento per accentuare le differenze di assistenza erogata e di costi.

Al riguardo è essenziale la revisione dei LEA, tenendo conto delle esigenze delle diverse fasce di popolazione, dei costi dei servizi e di quelli complessivi per il cittadino.

2. Punto 2.6.: QUADRO EPIDEMIOLOGICO

Il quadro epidemiologico coinvolgerà, nei prossimi 10 anni, gravi cronicità quali Alzheimer, diabete, uremia, mielomi/linfomi; proponiamo, pertanto, l’inserimento di questi a quelli già individuati.

3. Punto 2.6: CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

Ricerca e sviluppo in sanità rappresentano una reale prospettiva di sviluppo generale del paese, sinergie di interessi fra strutture SSN, che sono al contempo consumatori e osservatorio privilegiato e reale di esigenze, e sistemi produttivi.

4. Punto 3.3: LE QUATTRO LINEE STRATEGICHE

I diversi livelli in cui si realizza la prevenzione dovranno essere ben esplicitati per definire un percorso coordinato fra interventi preventivi, realizzati attraverso la promozione degli stili di vita, ed interventi di prevenzione strettamente sanitari (*screening*, campagne promozionali, ecc.). Particolare attenzione va rivolta agli *screening*, per i quali è necessario prevedere accurate valutazioni in relazione a costi, primari e indotti, disponibilità di interventi successivi, aumento delle attese di cura rispetto alle reali possibilità di intervento.

5. Punto 3.3.2.2.: LA PROMOZIONE DEL GOVERNO CLINICO

Va radicalmente rivisto il testo del DDL. In particolare nei punti relativi a concorsi, dipartimenti, ruolo del Direttore Sanitario e del Direttore Generale.

6. Punto 3.3.2.3.: CURE PRIMARIE

Si propone la revisione dell'attuale sistema di cure primarie

7. Punto 3.3.4.3.: TERZO SETTORE

Il terzo settore, attualmente in grande espansione, rischia di perdere i suoi reali connotati. Si propone, pertanto di rivisitare le norme che lo regolano e lo alimentano.

8. Punto 4.1:LEA e LISTE DI ATTESA

Il corretto finanziamento dei LEA diventa essenziale per il rispetto e l'uniforme applicazione degli stessi. Le Linee Guida di cui al punto 4.3 diventano lo strumento indispensabile per la loro omogenea erogazione.

L'Assistenza farmaceutica rappresenta, fra i diversi LEA, la parte più sensibile rispetto alle aspettative dei cittadini. La diffusione di utilizzo e la facilità di accesso al farmaco rendono prioritaria l'implementazione di piani di formazione e di sviluppo di monitoraggio, appropriatezza di utilizzo e farmacovigilanza nei diversi ambiti assistenziali.

Il trattamento di malattie rare e la disponibilità di farmaci orfani dovranno prevedere spazi dedicati all'interno del SSN attese, anche, le necessità assistenziali e di ricerca in tali settori.

9. Punto 4.3: LINEE GUIDA

Il problema delle linee guida dovrà essere risolto, in stretta collaborazione con le varie Società Scientifiche Specialistiche, al fine di una uniforme applicazione sul territorio nazionale.

E' necessaria la produzione di linee guida e raccomandazioni.

10. Punto 4.4.: TECNOLOGIA SANITARIA

L'ammodernamento delle strutture dovrà riguardare i diversi contesti assistenziali.

Riconversione dei piccoli ospedali e razionale distribuzione dell'alta tecnologia sul territorio nazionale sono a nostro avviso essenziali per ottimizzare l'utilizzo delle risorse ed assicurare livelli essenziali di qualità.

E', inoltre, da evitare che settori che utilizzano tecnologie più avanzate debbano inserirsi in contesti non adeguati che possano metterne a rischio gli esiti. La produzione, ad esempio, in qualità e sicurezza di antiblastici e di radiofarmaci rappresenta due settori critici nei quali è necessario coniugare sicurezza degli operatori e sicurezza dei pazienti.

11. Punto 4.6.: RETE DI STRUTTURE

Tra i sistemi assistenziali che meglio si prestano ad una messa in rete si richiama l'attenzione sui Centri di dialisi ed i Centri di cura per l'obesità.

12. Punto 4.7.:AZIENDALIZZAZIONE

Della necessaria revisione del processo di aziendalizzazione si richiama l'attenzione su due aspetti che a nostro avviso sono particolarmente critici:

- Il sistema delle tariffe, che ad oggi penalizza la qualità assistenziale e spesso lascia spazi a moltiplicazione di costi.
- Forme di cosiddette reingegnerizzazioni attivate in modo affrettato. E' necessario prevedere che, per queste, siano valutati ed esplicitati i rapporti costo/efficienza ed i livelli di responsabilità in rapporto ai rischi benefici. Trattandosi di sperimentazioni è opportuna la previsione di rendicontazione e pubblicizzazione dei risultati, anche quelli negativi.

13. Punto 5.6.:NON AUTOSUFFICIENZA

Dovrà essere confermato l'interesse al consolidamento dell'integrazione sanitaria rivolta ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

14. Punti 5.14-5.15: FARMACI e DISPOSITIVI MEDICI

E' ormai improcrastinabile una revisione normativa della catena di informazione, prescrizione, distribuzione del farmaco, nell'ottica di dare pari tutele ai pazienti utilizzatori di farmaci e dispositivi medici, indipendentemente dal contesto assistenziale.

L'accesso a farmaci innovativi e innovazioni tecnologiche dovrà pertanto essere garantita e monitorata.

15. Punto 6: VALUTAZIONE DEL S.S.N. E MONITORAGGIO DEL PSN

Riteniamo particolarmente utile l'introduzione di un percorso di valutazione del SSN e di monitoraggio sull'applicazione dei contenuti del PSN.

Si rimane a disposizione per ogni eventuale chiarimento ritenuto utile.
Distinti saluti.

Prof. Roberto Confalonieri

